

(改正後)

第一号様式

障害児入所給付費（特定入所障害児食費等給付費）支給申請書
兼利用者負担額減免事由該当申告書

千葉県 児童相談所長 様
年 月 日

障害児入所給付費（特定入所障害児食費等給付費）の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	個人番号						
支係る 申請書に 障害児	居 住 地	〒					
	電話番号						
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名			続柄		性別	
個人番号							
身体障害者 手帳番号			療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		
被保険者証の 記号及び番号※				保険者名及び番号※			

※ 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児）の利用を申請する場合は、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記載してください。

サービスの 利用状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等	
	指定通所支援 (通所サービス)	利用中の事業所名等	
	指定入所支援 (入所サービス)	利用中の施設名等	
申請に係る 指定入所 支援の 種類等	障害児入 所給付費	種 類	☐ 障害児入所施設
			☐ 指定発達支援医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)
		具 体 的 内 容	

(改正前)

第一号様式

障害児入所給付費（特定入所障害児食費等給付費）支給申請書
兼利用者負担額減免事由該当申告書

千葉県 児童相談所長 様
年 月 日

障害児入所給付費（特定入所障害児食費等給付費）の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	個人番号						
支係る 申請書に 障害児	居 住 地	〒					
	電話番号						
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名			続柄		性別	
個人番号							
身体障害者 手帳番号			療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		
被保険者証の 記号及び番号※				保険者名及び番号※			

※ 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児）の利用を申請する場合は、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記載してください。

サービスの 利用状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等	
	指定通所支援 (通所サービス)	利用中の事業所名等	
	指定入所支援 (入所サービス)	利用中の施設名等	
申請に係る 指定入所 支援の 種類等	障害児入 所給付費	種 類	☐ 障害児入所施設
			☐ 指定発達支援医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)
		具 体 的 内 容	

(改正後)

申告に係る種類の	☐Ⅰ 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のうち、○を付した項目に該当します。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づく支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの
	☐Ⅱ 医療型個別減免に関する事項（医療型障害児入所施設入所者等に限る。） 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者であるため、医療型個別減免を申請します。
	☐Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項（福祉型障害児入所施設入所者に限る。） 福祉型障害児入所施設の利用者であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	☐Ⅳ 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書（児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。）の交付を受けているので添付します。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ氏名		申請者との関係	
住所	〒電話番号		

- 注
- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は~~レ~~印を付して申請及び申告をしてください。

(改正前)

申告に係る種類の	☐Ⅰ 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のうち、○を付した項目に該当します。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づく支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの
	☐Ⅱ 医療型個別減免に関する事項（医療型障害児入所施設入所者等に限る。） 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者であるため、医療型個別減免を申請します。
	☐Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項（福祉型障害児入所施設入所者に限る。） 福祉型障害児入所施設の利用者であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	☐Ⅳ 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書（児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。）の交付を受けているので添付します。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ氏名		申請者との関係	
住所	〒電話番号		

- 注
- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は~~レ~~印を付して申請及び申告をしてください。

(改正後)

第四号様式

障害児入所給付費利用者負担額減免申告内容変更届出書

年 月 日

千葉県 児童相談所長 様

障害児入所給付費（障害児入所医療費を含む。）に係る負担上限月額等の算定のために必要な事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

届 出 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日			
	氏 名			受給者証番号				
	個人番号							
	居 住 地	〒		電話番号				
給係 付る 決障 定害 に児	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			続 柄				
	個人番号							
身体障害者 手帳番号			療育手帳 番 号			精神障害者保健 福祉手帳番号		
変 更 理 由								
変 更 の 届 出 を す る 減 免 の 種	☐ Ⅰ 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のいずれかに該当することとなった（しなくなった）ので、 届け出ます（該当することとなった項目番号のいずれかに○を付してください。）。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住 帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基 づく支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者 基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の 合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの							
	☐ Ⅱ 医療型個別減免に関する事項（医療型障害児入所施設入所者等に限 る。） 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者となった（で なくなった）ので、届け出ます。							
	☐ Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項（福祉型障害児入所施設入所 者に限る。） 福祉型障害児入所施設の利用者となった（でなくなった）ので、届け出 ます。							

(改正前)

第四号様式

障害児入所給付費利用者負担額減免申告内容変更届出書

年 月 日

千葉県 児童相談所長 様

障害児入所給付費（障害児入所医療費を含む。）に係る負担上限月額等の算定のために必要な事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

届 出 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日			
	氏 名			受給者証番号				
	個人番号							
	居 住 地	〒		電話番号				
給係 付る 決障 定害 に児	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			続 柄				
	個人番号							
身体障害者 手帳番号			療育手帳 番 号			精神障害者保健 福祉手帳番号		
変 更 理 由								
変 更 の 届 出 を す る 減 免 の 種	☐ Ⅰ 負担上限月額等の算定のために必要な事項 下記の区分のいずれかに該当することとなった（しなくなった）ので、 届け出ます（該当することとなった項目番号のいずれかに○を付してくだ さい。）。 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住 帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基 づく支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者 基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割の 合計額が28万円未満のもの 5 市町村民税課税世帯に属する者であって、4以外のもの							
	☐ Ⅱ 医療型個別減免に関する事項（医療型障害児入所施設入所者等に限 る。） 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の利用者となった（で なくなった）ので、届け出ます。							
	☐ Ⅲ 特定入所障害児食費等給付費に関する事項（福祉型障害児入所施設入所 者に限る。） 福祉型障害児入所施設の利用者となった（でなくなった）ので、届け出 ます。							

(改正後)

類	☐ Ⅳ 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書（児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。）の交付を受けたので、当該証明書を添付して届け出ます。		
---	--	--	--

届出書提出者	☐ 届出者本人 ☐ 届出者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ氏名		届出者との関係	
住所	〒電話番号		

注

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は~~レ~~印を付して届け出てください。

(改正前)

類	☐ Ⅳ 生活保護への移行予防措置に関する事項 境界層対象者証明書（児童福祉法施行令第27条の2第3号に該当する者であることを福祉事務所長が証明した書類をいう。）の交付を受けたので、当該証明書を添付して届け出ます。		
---	--	--	--

届出書提出者	☐ 届出者本人 ☐ 届出者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ氏名		届出者との関係	
住所	〒電話番号		

注

- 1 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 該当する□を塗り潰すか、又は~~レ~~印を付して届け出てください。